Lane Medical Library

Zur Lehre von den Blasenmolen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 13. AUGUST 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Gustav Sybrecht

aus Asseln (Westfalen).

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Clemens Dieckhöfer, prakt. Arzt.
„ Dr. med. Georg Hagemeyer.
„ cand. med. Ernst Kolbe.

BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (DR. E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/onstudyofhydatid0000gust

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Olshausen

in tiefer Dankbarkeit gewidmet.

Bei dem gewaltigen Aufschwung, den in den letzten Jahrzehnten die Gynäkologie und Geburtshülfe genommen haben, ist ein Gebiet derselben im grossen und ganzen etwas stiefmütterlich behandelt worden, welches noch sehr der Aufklärung und gründlicher wissenschaftlicher Forschung bedarf, ich meine jene Degeneration des graviden Uterus-Inhaltes, die man mit dem Namen Trauben- oder Blasenmole bezeichnet. Die erste grössere, zusammenhängende Arbeit wurde im Jahre 1827 von der Boivin veröffentlicht; dann erschienen erst wieder in langen Abständen 1847 und 1869 zwei Abhandlungen, die erste von Müller, die zweite von Bloch, welche geeignet waren, durch die fleissige Zusammenstellung der bisherigen litterarischen Angaben und eingehende Untersuchung vorhandener Fälle, das Interesse der Wissenschaft auf dies Gebiet hinzulenken. In den letzten Jahren beschäftigte man sich bisweilen auf gynäkologischen Kongressen und Zusammenkünften mit diesem Thema; jedoch beschränkte man sich meistenteils auf das Referat etwa zu Gesicht gekommener Fälle. Ich möchte mich nun auf Grund des bis jetzt vorhandenen litterarischen Materials und im Anschluss an einen Fall von Blasenmole, der mir durch die Güte des Herrn Geheimrats Professor Olshausen zur Verfügung gestellt wurde, in vorliegender Arbeit damit beschäftigen, eine Uebersicht über dies Gebiet der Geburtshülfe zu liefern.

Man versteht unter Blasenmole eine Degeneration der Chorionzotten in der Art, dass sie ein blasenartiges Ansehen gewinnen. Es kann also nur zur Bildung einer

Mole kommen, wenn der Anstoss zur Entwicklung eines befruchteten Eis gegeben ist. Sie kommt in den verschiedensten Formen zu Gesicht: als ganz unförmliche Masse von Blasen, welche meist hirsekorn- bis bohnengross an Stielen sitzen, die ein Maschenwerk bilden oder traubenförmig angeordnet sind. Sehr häufig finden sich zwischen den Blasen membranöse Lappen, welche den Stielen derselben teilweise zum Ausgangspunkt dienen, und derbe, faserige Massen und Blutgerinnsel, welche leicht loszuschälen oder fest mit dem Maschenwerk der Blasen verbunden sind. Die Boivin beschreibt zwei grosse Hydatidenmolen, welche aus gestielten Blasen bis zur Grösse einer Haselnuss gebildet, von einer roten, dicken Membran bedeckt waren. Mikschik beobachtete zwei kindskopfgrosse Molen aus gestielten hanfkorn- bis taubeneigrossen Blasen gebildet, welche traubenförmig gruppiert auf einer stellenweise ungetrennten, grösstenteils aber zu einem Maschenwerk von Fäden ausgezogenen Membran aufsassen. So folgen sich die Schilderungen der verschiedensten Befunde bis in die neueste Zeit. In allen diesen Fällen variiert die Grösse der Blasen von der eines Taubeneies bis zu einer mit blossen Augen kaum noch wahrnehmbaren Anschwellung. Bei dem mir vorliegenden Fall erreichten manche den Umfang einer Kirsche. Die rundlichen, weissglänzenden Gebilde sassen selten unmittelbar, meist durch Stiele von wechselnder Länge in der Art aneinander, dass im Innern der Masse ein Maschenwerk, nach aussen hin baum- oder traubenförmige Lappen entstanden. An den dichtesten Stellen im Innern waren die Blasen ausserdem durch fibringerinnsel - ähnliche Massen vereinigt. Einige frische Blutgerinnsel liessen sich leicht abschälen. Stach man eine der Blasen an, so entleerte sich eine dünnschleimige, opalisierende Flüssigkeit von geringem Albumengehalt und schwach alkalischer Reaktion. Unter dem Mikroskop zeigten sich feine Granulationen und wenige Fettkügelchen. Die übrigbleibende Hülle war mit Zottenepithel bedeckt, welches vielfach winzige gestielte Anhänge trug, manchmal auch mit Sekundärbläschen besetzt war. Die meisten der Cysten enthielten, da ja auch der zur degenerierten Placenta gehörige Foetus dem Zeitpunkt der Gravidität entsprechend entwickelt war, unter dieser Oberhaut ein dichtes Maschen-

werk gefüllter Blutgefässchen, der Rest war gefässlos und das Zottengefäss darin verödet. Beim Zerzupfen isolierte man einzelne Zellen von Stern- oder Spindelform, die einzigen Spuren des schleimgewebigen Grundstocks.

Dass nun die Befunde so grosse Verschiedenheiten zeigen, wird im wesentlichen bedingt durch den Zeitpunkt, in welchem die Degeneration auftrat. Tritt die Entartung bereits im ersten Monat auf, also zu einer Zeit, wo die Chorionzotten an der ganzen Eiperipherie gleichmässig entwickelt sind, so verwandelt sich das Ei in einen Tumor, von dessen fast gesamter Peripherie die runden, an Stielen sitzenden Bläschen ausgehen. Ausser solchen Produkten, bei welchen der pathologische Prozess seine grösste Intensität erreicht, finden sich auch andere, bei welchen derselbe in geringerem Umfange die Eigebilde betroffen hat. So sah ich selbst bei einigen Abortiv-Eiern der ersten Monate mehr oder weniger ausgesprochene, bald an dem gesamten Chorion, bald nur an einzelnen Stellen auftretende Entartung der Zotten. Auch Müller und Hegar sprechen von der Häufigkeit solcher Befunde an kleinen Eiern.

In solchen Fällen geht natürlich die Frucht zu Grunde. Bei der Entartung der gesamten Eiperipherie wird das für den Foetus bestimmte Ernährungsmaterial von den Chlorionzotten aufgebracht; der Foetus stirbt, und man findet ihn im Ei verkümmert und geschrumpft oder auch, wenn er noch klein war, nachdem er im Fruchtwasser mazeriert worden, vollständig resorbiert. Jedenfalls ist das Vorhandensein einer Frucht bei Blasenmole in den ersten Monaten ein äusserst seltener Befund. So erregte in einer gynäkologischen Sitzung zu Dresden die Demonstration einer Blasenmole im 2. Monat mit entsprechend entwickelter, leicht mazerierter Frucht ziemliches Aufsehen. Herzfeld erklärte es für das Auffallendste hier, dass beim Vorhandensein einer Hydatidenmole eine Frucht geboren sei. Sonst pflegten solche Molen abzugehen, ohne dass eine Spur von Frucht geboren werde.

Braun hatte nur in einem einzigen Fall eine Frucht neben teilweise noch ziemlich durchgängigem Placentargewebe beobachtet. Hahn beschreibt an einer sechswöchentlichen Blasenmole einen 9 mm langen Embryo, der mit der Nabelgegend unmittelbar dem Amnion angeheftet

war. Dicht daran befand sich ein ausgedehntes sackartiges Gebilde, welches nach aussen hin von dem Amnion bekleidet war, nach innen noch eine besondere Hülle besass, welche Gefässe und Pflasterepithel zeigte; dieselbe ging schliesslich unter Bildung eines häutigen Ringes in das Chorion über. Diese Cyste deutete Hahn als Ueberbleibsel der Allantois.

Ist bei Beginn der Degeneration die Bildung der Placenta bereits eingetreten, so sind die Chorionzotten der übrigen Eiperipherie der Regel nach schon atrophiert, und es beschränkt sich dann die Neubildung auf die Zotten der Placenta oder nur auf einige Kotyledonen derselben. Man findet in diesen Fällen den grössten Teil der Peripherie normal und nur den der Placenta entsprechenden ganz oder blasig entartet. Schon Haller und Wrisberg geben Beschreibungen von partiellen Blasenbildungen in der Placenta selbst. Ruysch berichtet von einem Mutterkuchen, der zur Hälfte gesund, zur Hälfte in Hydatiden verwandelt war.

In solchen Fällen ist dann auch die Aussicht, eine Frucht anzutreffen, grösser, sogar wahrscheinlich. E. Martin hat drei interessante Fälle dieser Art mitgeteilt. Im ersten Fall erfolgte die Geburt im 4. Schwangerschaftsmonat. Die Frucht in der Amnionhöhle erschien der Zeit der Schwangerschaft entsprechend ausgebildet, und in dem Mutterkuchen fanden sich neben gehörig ausgebildeten Chorionzotten zahlreiche bis erbsengrosse Bläschen, welche eine helle Flüssigkeit enthielten.

Die zweite Gravida wurde künstlich entbunden. Die Entwicklung des Kindes entsprach dem Anfang des 8. Monats; es machte sogar Atembewegungen. Die Placenta war ungewöhnlich gross, blass und weich, so dass sie bei der Entfernung zerriss. An vielen Stellen der Aussenseite zeigten sich hirsekorn- bis kirschgrosse, mit heller, schleimiger Flüssigkeit gefüllte Blasen an den Chorionzotten zwischen solchen von gewöhnlicher Beschaffenheit.

Die dritte Geburt ging ebenfalls im 8. Monat vor sich. Die Frucht, welche noch einige Zeit atmete, war sehr klein und von geringem Gewicht; jedoch erschien sie vollkommen ausgebildet. Die Placenta, deren Aussenfläche nicht das glatte Aussehen eines gesunden Mutterkuchens

darbot, sondern stellenweise körnig war, erschien ungewöhnlich gross, vielfach gelappt; die Chorionzotten waren vielfach verdickt und zum Teil in kleinere oder grössere, sogar bis nussgrosse Blasen umgewandelt. Villers berichtet auch von einer Frau, die zuerst Hydatiden entleerte, dann einen 27 cm langen Foetus, dessen Herzschlag und Bewegungen bis kurz vor der Niederkunft wahrgenommen waren. Staunen erregt eine Mitteilung von Mayer, wonach eine Frau elfmal neben einer normal gebildeten Frucht zwischen dem fünften und siebenten Monat eine Mole gebar. Bei dem mir vorliegenden Fall wurden Foetus und Placenta zugleich ausgestossen. Die Frucht entsprach in ihrer Entwicklung vollständig dem Zeitpunkt der Gravidität, dem Ende des 7. Monats; sie war 36 cm lang und wog 920 g. Die Haut war leicht mazeriert. Kindsbewegungen waren bis 14 Tage vor der Geburt verspürt. Die Placenta wog 960 g und war fast vollständig entartet, wie schon zu Anfang der Arbeit erwähnt. Turozza berichtete sogar im vergangenen Jahr, dass neben einer Hydatidenmole ein lebenskräftiges Kind geboren sei, welches zur Zeit seines Berichtes noch lebte. Wie weit hier die myxomatöse Degeneration vorgeschritten war, giebt er nicht an. Ausserdem referiert nur noch Davis über einen gleichen Fall.

Was nun den Ausgangspunkt der Entartung betrifft, so betrachtete man in den frühesten Zeiten dies Degenerationsprodukt als wirkliche Entozoen, und noch die Boivin forschte nach Bewegung derselben.

Später hielt man die Blasen für entartete Gefässe; doch wurde diese Theorie verlassen, nachdem man sich überzeugt hatte, dass in den degenerierten Zotten oft gar keine Gefässe vorhanden waren. Als man den Bau der Zotten näher kennen lernte, kamen von den Bestandteilen dieser Gebilde nur noch der Epithelüberzug, das Exochorion und der bindegewebige Grundstock, den die Chorionzotten von der Allantois erhalten, das Endochorion in Betracht. Gierse und Meckel verlegten den Ursprung in das centrale Zellgewebe der Zotte, welches nicht solid sei, wie in der Norm, sondern grössere und kleinere centrale, von feinen Septis durchzogene maschenförmige Räume enthielte, welche mit Serum gefüllt seien. Diese Ansicht wurde von Virchow wieder aufgenommen und er-

gänzt: das Bindegewebe der Zotten, welches in den Stämmen fester, derber, mehr fibrillär, in den feineren Verzweigungen weicher, gelatinös ist, und eine gewisse Anzahl spindelförmiger und rundlicher Zellen enthält, unterliegt bei der Blasenmole einem abnormen Wucherungsprozess. Jenes Gewebe gehört dem sog. Schleimgewebe an, welches auch die Sulze des Nabelstranges bildet, von welchem es als direkte Fortsetzung zu betrachten ist. Bei der ausgebildeten Blasenmole findet eine abnorme Schleimanhäufung, besonders in der Intercellularsubstanz des Endochorions statt, und es gewinnt daher das Gewebe das Aussehen einer cystischen, relativ flüssigen Masse. Die Zotte vergrössert sich bis zum Durchmesser oft eines halben Zolls, bekommt eine gallertartige, klare, durchscheinende Beschaffenheit und entleert angestochen eine Flüssigkeit, welche die Reaktion des Mucins bietet. Von einer eigentlichen Cystenbildung ist keine Rede und das blasenförmige Aussehen entsteht hsuptsächlich von der Zartheit des mit Flüssigkeit erfüllten Gewebes, welches man etwa vergleichen kann mit dem Pflanzenparenchym an manchen Früchten, z. B. an Weintrauben, wenn sie recht reif sind, und ihre Haut recht dünn ist. (Virchow).

Im übrigen schreibt er den Zellen des Endochorions und Epithels keine grosse Wichtigkeit bezüglich der Bildung der Blasen zu. Nach jetziger Ansicht beginnt die Hyperplasie an dem Epithel der Zotten, welches vielfache Auswüchse treibt, in die hinein sich das Bindegewebe derselben erstreckt und excessiv wuchert. Zum Teil findet wohl eine eine Auflösung der Zellen in Schleim statt; im wesentlichen beruht aber die kolossale Verdickung der Zotten auf einer Wucherung der Zellen und starker Anhäufung der schleimigen Intercellularsubstanz. Die letztere überwiegt in der Regel so, dass die hypertrophischen Zotten das Aussehen von Cysten mit dünnflüssigem Inhalt bekommen.

Dadurch, dass dies wuchernde Gewebe nicht gleichmässig die ganze Zotte ausdehnt, sondern sich nur an einzelnen Stellen derselben massenhaft anhäuft, während dazwischen liegende Stücke der Zotten annähernd normal bleiben, gewinnen die degenerierten Zotten das eigentüm-

liche, traubenförmige Aussehen, indem runde cystoide Tumoren doldenartig an feinen Stielen hängen.

Wenn wir uns nun der Entstehung der Blasenmole zuwenden, so dürfte insbesondere nach einer Tabelle von Bloch den Schwangeren höheren Lebensalters eine besondere Disposition zur Molenbildung zuzuschreiben sein. Bloch stellt 49 Fälle, teils von ihm selbst, teils von anderen Autoren berichtet, zusammen und kommt zu dem Resultat, dass

15 Fälle in das 20.—30. Lebensjahr,
20 „ „ „ 30.—40. „
14 „ „ „ 40.—50. „

fallen.

Diese Zahlen fallen sehr ins Gewicht, zumal unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Geburten überhaupt bei Personen, welche das 40. Lebensjahr überschritten haben, sehr viel seltener sind, so dass die ungewöhnlich hohe Ziffer dieser Degeneration zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr in gar keinem Verhältnis zu den übrigen steht. Ausserdem beobachte Schröder bei zwei Frauen von 50 und 53 Jahren ausgebildete Blasenmolen, und unter den 17 Fällen, die ich teils aus dem Zentralblatt für Gynäkologie, teils aus den Journalen der Königl. Univers.-Frauenklinik auszog, fielen drei in die III. Periode hinein, die übrigen der Mehrzahl nach zwischen das 20.—30. Jahr. Man kann annehmen, dass die Zahl der Geburten, welche in jenes höhere Lebensalter fallen, etwa den zehnten Teil aller Geburten ausmacht. Hiernach werden wir, falls die Neigung zur Molenbildung erst durch das zunehmende Alter stiege, nur den zehnten Teil der Gesamtsumme aller Molenschwangerschaften erhalten oder in Zahlen ausgedrückt: es würden auf jene Zeit 5 Molenschwangerschaften fallen, während Bloch 14, ich unter 17 Fällen 3 beobachtete. Diese Zahlen reden also eine zu deutliche Sprache, als dass nicht bei Entstehung jener Eidegeneration dem Alter eine wichtige Rolle zugeschrieben werden müsste. Aus der Zahl der Schwangerschaften, in welche die Molenbildung fiel, einen richtigen Schluss zu ziehen, ist wegen der oft ungenauen oder fehlenden Angaben der Autoren mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Es sind solche Entartungen in jeder Schwangerschaft beobachtet.

Die wichtigste Frage, die uns hier entgegentritt und der alle Autoren die grösste Bedeutung beigemessen haben, ist entschieden die: ob diese Hyperplasie des Chorion primär eine Erkrankung des Eies darstellt, oder ob sie auf einer von der Decidua oder dem mütterlichen Blut auf die Chorionzotten fortgepflanzten Reizung beruht.

Für die Möglichkeit beider Vorgänge sprechen eine Reihe von schwer zurückzuweisenden Thatsachen. Die alten Autoren wie Ruysch und Graily Hewitt nahmen an: dies Absterben, wohl auch das Ausstossen des Foetus führe in den zurückgebliebenen Nachgeburtstheilen zu Molenbildung. Morgagni drückt schon seinen Zweifel gegenüber dieser, besonders von Ruysch vertretenen Ansicht aus. Er macht darauf aufmerksam, dass Ruysch selbst an sehr jungen Eiern die Degeneration beobachtet habe, und führt selbst eine Beobachtung an, nach welcher er in dem Mutterkuchen einer 4monatlichen Frucht, welche zugleich geboren wurden, Blasen gesehen habe. Uebrigens spricht er sich doch schliesslich für die Meinung von Ruysch aus, weil man sonst diese Veränderung weit öfter bei denjenigen Mutterkuchen erblicken müsste, welche zugleich mit der Frucht ausgestosesn werden. H. Müller spricht sich entschieden gegen die Lehre von Ruysch aus. Er führt als Gegengründe das Vorkommen vollkommen identischer Entartungen der Eihäute mit und ohne Embryo an. Er erklärt die Thatsache, dass manchmal entartete Eihäute später als der Embryo oder bei unveränderter Placenta abgehen, aus dem Vorhandensein mehrfacher Schwangerschaft. Jedenfalls sei unerwiesen, dass die Veränderung der Eihäute der Ausstossung des Embryo nicht vorangegangen sei. Der erste, welcher nun eine besondere Theorie aufstellte, nach der im Verhalten der Uterusschleimhaut die Ursache der Molenbildung liege, war Meckel. Dieser Forscher, welcher noch der alten Ansicht huldigt, dass die Decidua eine nicht organisierte, gefässlose Membran sei, nimmt an, dass, wenn das Ei aus der Tube in den Uterus dringe und die Decidua reflexa bilde, hinter dem Ei gewöhnlich eine Stelle offen sei, wo dasselbe mit der Uterusschleimhaut in unmittelbarer Berührung bleibe, indem sich keine vollständige Serotina entwickle. An dieser Berührungsstelle entwickeln sich die Plazentarzotten des

Chorion, während die übrigen Zotten atrophieren, weil dem Ei durch die Placenta genügend Nahrung zugeführt wird. Bildet sich aber hinter dem Ei eine vollkommene Decidua serotina, also eine nicht organisierte, gefässlose Membran, so muss das Ei, welches nun überall von einer solchen eingeschlossen ist, sich nur durch Endosmose notdürftig ernähren. Alle Chorionzotten werden zum Ersatz für die mangelnde Placenta hypertrophisch. Meckel sieht also in einem Bildungsfehler der Decidua die Degenerationsursache.

Eine andere Theorie, welche gleichfalls den mütterlichen Organismus zum Ausgang hat, ist die von Virchow, welcher den Prozess als einen irritativen bezeichnet und den Grund in einem von der Uterusfläche oder von dem mütterlichen Blut direkt übertragenen Reiz sucht. Die Erfahrung, dass manche Frauen hintereinander Blasenmole gebären, sowie die nachgewiesene Verdickung der Decidua sprechen nach Virchow für diese Auffassung. Die vorhandene Endometritis und dadurch bedingte ungewöhnliche Entwicklung der mütterlichen Gefässe giebt der ganzen Oberfläche des Eies einen stärkeren Reiz zum Wachstum. Die entarteten wuchernden Zotten werden zu einer wirklichen Geschwulst mit selbständigen parasitischen Charakter, welche dem Embryo das Ernährungsmaterial vorenthält und für sich verwertet. Dieser stirbt ab, während jene als lebende Teile fortbestehen und wahrscheinlich auch fortwachsen.

Martin hat in seiner Praxis öfter hintereinander vorkommende Molenschwangerschaft bei einer und derselben Frau nicht bemerkt: auch fand er keine Verdickung der Decidua und schliesslich scheint ihm das gleichzeitige Vorkommen normaler Früchte mit gesunden Placenten, ebenfalls das Vorkommen der Degeneration einzelner Placentarzotten neben gesunden gegen einen entzündlichen Prozess in der Gebärmutterschleimhaut zu sprechen.

Hegar nimmt zu keinem dieser Punkte bestimmte Stellung, weil nach seiner Ansicht die Fragestellung, sobald dabei lediglich auf primäre Erkrankung des Chorion oder solche der Decidua Bezug genommen wird, unrichtig und ungenügend sei.

Er glaubt auf folgende Punkte aufmerksam machen zu müssen: Zuerst hält er es nicht für vollständig sicher,

dass alle unter dem Namen der Blasen- oder Hydatidenmolen beschriebenen Eidegenerationen ein und dieselbe pathologisch-anatomische Grundlage haben. Abgesehen davon, dass Müller und Virchow, der eine die primäre Erkrankung in das Exochorion, der andere in das Endochorion legen, scheint ihm auch der Inhalt der Blasen ein verschiedener sein zu können.

Hiernach, sowie nach den Untersuchungen von Meckel-Gierse hält sich Hegar zu der Annahme berechtigt, dass einfaches Oedem der Zotten zu blasigem Aussehen führen kann. Damit würde sich auch das mehrmalige Vorkommen der Affektion bei einer an häufiger Kardialgie früher wiederholt an Intermittens leidenden Frau gut erklären. Die hydrämische Person erkrankt in der Gravidität an Anasarka der unteren Extremitäten, der Genitalien und Bauchdecken. Kind und Placenta nahmen an dem Oedem ebenfalls teil. An letzterer nimmt es die Blasenform an.

Diese Annahme scheint um so mehr berechtigt, als Meckel-Gierse cystenartige Ausdehnung der Zotten bei Wassersucht der Placenta, die sie von der Hydatidenmole genau trennen, beschrieben haben. Auch in dem von diesen Autoren mitgeteilten Fall rührte die Placenta von einer Frau her, welche schon zweimal vorher derartige Mutterkuchen, einmal mit einer hydropischen, das andere Mal mit einer nichthydropischen Frucht des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren hatte.

Natürlich kann trotz der Abgrenzung dieser Beobachtung von der Traubenmole immerhin zwischen beiden ein Zusammenhang bestehen. Es wäre möglich, dass das Oedem das Anfangsstadium eines mit Gewebswucherung einhergehenden Prozesses sei, oder dass beide Veränderungen, der seröse Erguss und die Gewebswucherung eine und dieselbe Ursache hätten.

Zudem muss hier an die grosse Schwierigkeit erinnert werden, welche die Entscheidung über primäre Erkrankung der fötalen Eigebilde oft mit sich führt, und zwar besonders deswegen, weil die Wechselwirkung zwischen beiden Teilen eine so innige ist. Erkranken die Zotten, so verändert sich auch die Uterusschleimhaut, in welche sie einwuchern, so gut als eine erkrankte Decidua

eine Veränderung der in ihr wurzelnden Zotten hervorbringt. Finden wir daher eine hypertrophische Decidua neben einer Blasenmole, so dürfen wir deswegen nicht allein jene für die primäre Ursache des Leidens halten. Es kann auch umgekehrt sein.

Eins noch möchte ich nicht unerwähnt lassen. Wir wissen aus zahlreichen Publikationen, namentlich von Fehling, dass ein Zusammentreffen von Albuminurie und Absterben der Früchte sehr häufig ist. Da nun in der That bei Trägerinnen von Blasenmolen sehr oft Albuminorie vorhanden ist und Winter gezeigt hat, dass bei Nephritis in manchen Fällen vorzeitige Placentar-Lösung auftritt, so besteht auch möglicherweise ein Zusammenhang zwischen der Nephritis und einer Erkrankung der Decidua, welche ja immerhin auf die pathologische Veränderung des Chorion von Einfluss sein könnte.

Als dritten und sehr wesentlichen Punkt hebt Hegar dann noch hervor, dass durchaus keine Notwendigkeit vorliege, für alle Fälle bloss die eine oder die andere Erklärungsart anzunehmen. Die Zotten stehen in einem so eigentümlichen Verhältnis einerseits zum Embryo, andrerseits zur Uterus-Schleimhaut, dass eine Einwirkung von beiden Seiten stattfinden kann. Mag man annehmen, dass die Zotten von der Bildung des Allantoiskreislaufes an unter gewöhnlichen Verhältnissen durch die kindlichen Gefässe ernährt werden, so muss man doch jedenfalls für ungewöhnliche Verhältnisse eine Ernährung allein durch Vermittlung der Uterus-Schleimhaut zugeben. Wird ja doch selbst eine monatelang retinierte Placenta zuweilen in fast frischem Zustande ausgestossen, und macht es gerade die uns beschäftigende Anomalie sicher, dass die Zotten nach dem Absterben des Embryo fortzuwuchern vermögen.

Man könnte ihm freilich einwenden: die Gleichheit, die bestimmte Art des anomalen Produkts spricht auch für die Gleichheit der Ursache. Allein ein und dieselbe pathologische Gewebsveränderung kann recht wohl aus verschiedenen Ursachen hervorgehen.

Fassen wir nun kurz die Gründe zusammen, welche für den einen oder anderen Modus des Entstehens sprechen, so lässt sich

I. für den Ursprung im mütterlichen Organismus anführen:

1. das wiederholte und sogar häufig aufeinanderfolgende Vorkommen von Blasenmole bei ein und derselben Person. cf.: Mayer (Württemb. med. Korrespond. 1847) erzählt von einer Frau, welche elfmal neben einer normal gebildeten Frucht zwischen fünftem und siebentem Monat eine Frucht gebar.

Fritsch (Centr. f. Gynäk. 1872 Nr. 19) berichtet die feststehende Thatsache einer viermal wiederholten Blasenmole bei derselben Frau.

Warmann (Centr. f. Gynäk. 1872 Nr. 19) räumte eine Mole aus von ca. 5 Pfund Gewicht, ein $4^1/_2$ Ltr.-Gefäss füllend, bei einer Frau, die schon zweimal vorher eine Mole gebar.

2. Die nachgewiesene Erkrankung der Sexualorgane vor der Schwangerschaft. cf. Beobachtungen von der Boivin und Hegar.

Die Erkrankung geht teils aus den mitgeteilten Menstruationsanomalien, dem vorher schon bestandenen Fluor albus u. s. w. hervor. Martin betont hingegen, dass bei seinen 13 sorgfältig untersuchten Fällen sowohl bei der letzten, als auch bei den vorhergehenden Schwangerschaften nichts Pathologisches bemerkt worden sei.

Unter meinen 17 Fällen war bei drei Patientinnen Abort vorangegangen. Die Frau, welche die meiner Arbeit zu Grunde liegende Mole gebar, war schon seit Jahren wegen Fluor albus und Menstruationsbeschwerden in ärztlicher Behandlung. Schröder sah eine stark entwickelte Blasenmole bei grossem interstitiellen Uterusmyom.

3. Nachgewiesene anderweitige Erkrankungen der Schwangeren, als welche besonders zu erwähnen sind: Schwächezustände des ganzen Körpers, Rekonvalescenz von schwerer Krankheit, Anämie.

4. Das prozentualiter häufigere Vorkommen in den späteren Lebensjahren, besonders bei Frauen, welche das 40. Lebensjahr erreicht haben. Es scheint dies wenigstens mit Entschiedenheit aus den oben angeführten Tabellen hervorzugehen.

Die Daten über die Zahl der Schwangerschaft sind zu gering oder unzuverlässig, um schon daraus irgend einen Anhaltspunkt über Entstehung der Mole entnehmen zu können.

5. Das Vorkommen partieller, oft übrigens sehr aus-

gedehnter Degenerationen bei relativ gut entwickelten, selbst lebenden Früchten. cf. Villers, Martin, Tarozza, Davis und meinen Fall.

Dies ist jedenfalls das bis jetzt am sichersten konstatierte Argument, welches für den Ursprung der Molenbildung im mütterlichen Organismus vorgebracht werden kann. Es spricht wenigstens entschieden gegen die Theorie, welche das Absterben oder die Ausstossung der Frucht als alleinige Ursache aufstellt. Allerdings kann dies Argument nicht beweisen, dass die Ursache überhaupt nicht in den Foetalgebilden des Eies liegt. Diese können recht wohl erkranken, der Embryo selbst sehr bedeutende Degenerationen eingehen, ohne dass er zu Grunde geht.

6. Der Nachweis einer Erkrankung der Uterus-Schleimhaut, wie er für viele Fälle geliefert wurde.

II. Für den Ursprung in den fötalen Eigebilden lassen sich folgende Gründe anführen:

1. Der Mangel bestimmten Nachweises früherer Allgemein- oder Lokalerkrankung der Schwangeren.

2. Nachweis früherer normaler und rechtzeitig endender Schwangerschaften.

3. Das ungewöhnlich häufige Fehlen oder die vollständige Atrophie der Frucht.

4. Das Vorkommen ähnlicher Anschwellungen im Nabelstrang bei gleichzeitig bestehender oder auch ohne gleichzeitige Anwesenheit der Blasenmole. Im ersten Fall kann man freilich ein Fortschreiten des Prozesses von den mit der erkrankten Uterus-Schleimhaut in Verbindung stehenden Zotten auf den Nabelstrang annehmen; im letzteren Fall ist dies natürlich nicht möglich. cf. Martin: Ueber das Vorkommen von Molen in einzelnen Placentarzotten u. s. w. Fall III.

5. Das Erkranken eines Zwillingeies und das Gesundbleiben des anderen.

Davis (Transactions of the obstetrical society of London. vol. III. 1862) teilt einen derartigen Fall von Zwillingsschwangerschaft bei einer 33 Jahre alten Fünftgebärenden mit, bei welchem er, durch heftige Blutungen gezwungen, die künstliche Frühgeburt eingeleitet hatte. Die zuerst und lebend geborene Frucht zeigte eine gesunde, bald ausgestossene Placenta. Derselben folgte eine ganz

getrennte Blasenmole. Davis will zwei ähnliche Beobachtungen von Bautzmann und Lanzoni in den German Ephemerides gefunden haben.

Ausserdem werden noch, abgesehen von einigen älteren von der Boivin und May zitierten Fällen, solche von Hildebrandt, Gr. Hewitt, Pepper und Schroeter mitgeteilt.

Diese Thatsache ist, und sicher mit viel Recht, von Martin gegen die Virchowsche Theorie vorgebracht worden. Nur eine partielle Erkrankung grade der dem einen Zwillingsei zukommenden Uterus-Mucosa lässt hier eine Erklärung zu.

6. Das Auffinden einer nicht verdickten, anscheinend normalen Deciduahülle oder einzelner Schleimhautlappen.

So lassen sich also für die Möglichkeit beider Vorgänge eine Reihe von schwer zurückzuweisenden Thatsachen anführen, und es erscheint daher wohl die Ansicht gerechtfertigt, dass wir bis jetzt noch nicht dahin gelangt sind, in dieser Frage eine endgültige Entscheidung zu treffen.

Hegar hebt noch eine Schwierigkeit hervor: Wenn man den Grund der Molenbildung im mütterlichen Organismus sieht, so lassen sich immer noch zwei Annahmen aufstellen. Nach der einen kommt ein gesundes, befruchtetes Ei in den Uterus und wird hier, sei es durch den Blutaustausch im allgemeinen oder durch eine erkrankte Schleimhaut verändert. Dies werden wohl die meisten Autoren angenommen haben. Allein es liesse sich auch noch eine andere Art des Entstehens dieses pathologischen Prozesses denken, nach welcher ein durch Erkrankung des mütterlichen Organismus bereits verändertes befruchtetes Ei in den Uterus gelangt, in welchem Ei also die Anlage zur Molenbildung bereits liegt. Gerade bei Allgemeinerkrankungen, pathologischen Veränderungen des Eierstocks ist eine solche Annahme nicht zurückzuweisen.

Doch vermehrt dies ja nur die Schwierigkeit einer endgültigen Entscheidung in dieser Frage; immerhin kann man aber aus dem Vorgetragenen einige wertvolle Anhaltspunkte zur Lösung dieses Problems entnehmen, welches für die Lehre von der vorzeitigen Geburt von der grössten Wichtigkeit erscheint.

Die Forschung hätte sich vor allem auf die Gesund-

heitsverhältnisse der Mutter vor der Schwangerschaft und auf die Veränderungen ihres Sexualapparats, insbesondere der Uterusinnenfläche vor und während der Schwangerschaft zu erstrecken.

Soweit aber bis jetzt die Untersuchungen gediehen sind, müssen wir sowohl die Foetalgebilde, als auch den mütterlichen Organismus als Ursprungsstätten dieser Degeneration anklagen.

Werfen wir nun einen Blick auf die Erscheinungen, die bei Trägerinnen von Blasenmolen zu Tage treten. Wenn es auch Fälle giebt, wo sich das Befinden der Patientinnen von dem während einer normalen Schwangerschaft nicht unterscheidet, so lässt es sich doch für viele andere feststellen, dass die Frauen bereits krank in die Schwangerschaft eintreten. Boivin berichtet von zwei Frauen, von welchen die eine schon als Mädchen sehr reichliche und schmerzhafte Menses hatte; überdies litt sie an Fluor albus. Unter den 6 Schwangerschaften, die sie innerhalb 4 Jahren durchmachte, waren nur zwei rechtzeitige Niederkünfte, sonst lauter Aborte und endlich die Blasenmole. Die zweite, 19jährige Frau erlitt innerhalb 20 Monate 4 Aborte von 2—3 Monaten. Das letzte Ei war blasig degeneriert.

Krieger berichtet, dass die Frau, an welcher er dreimal hintereinander blasige Entartung oder Oedem der Placenta beobachtete, erst mit 21 Jahren unregelmässig und mit vielen Schmerzen menstruiert wurde, dass sie ferner an Kardialgie und Intermittens gelitten hatte.

C. Braun giebt an, dass in dem Jahr vor Ausstossung eines teilweise blasig degenerierten Eies Aborte der fünften und siebenten Schwangerschaftswoche stattgefunden hatten.

Woodmanns eine Patientin hatte ein Jahr vor der Molengeburt einen Abort durchgemacht. Sie war Säuferin, litt an Herzfehler, Lebercirrhose und während der Graviditas an Albuminurie und Hydrops. Barne berichtet von zwei Patientinnen, bei welchen die Sektion der einen Mitralinsufficienz, Nephritis und Oophoritis ergab. Bei der andern fand sich ein faustgrosses Fibroid im Uterus, das linke Ovarium mit kleinen Cysten besetzt, die Nieren hochgradig verfettet.

Drei von Hegar beobachtete Fälle betrafen ebenfalls

schon erkrankte Personen. Alle drei litten an Dysmenorrhoe, eine hatte ebenfalls schon Aborte durchgemacht.

Die von mir beobachtete Patientin hatte, wie schon oben erwähnt, seit längerer Zeit Ausfluss und Menstruationsbeschwerden und befand sich seit Jahren in ärztlicher Behandlung.

Charakteristisch ist es für derartige Fälle, dass sich der Zeitpunkt der Konception gar nicht oder nur annähernd bestimmen lässt, weil die Menses sehr oft fortdauern; oder es treten wohl auch sehr unregelmässige Blutabgänge auf, welche für abnorme menstruelle gehalten oder anderweitigen Ursachen zugeschrieben werden.

Diese Blutungen sind aber ohne Zweifel das wichtigste Symptom, welches die Blasenmole begleitet. Abgang von reinem Blut oder eine blutig verfärbte, schleimige Flüssigkeit findet sich gewöhnlich vor Eintritt der die Ausstossung der Mole einleitenden Wehenthätigkeit. Die Menge solcher Ergüsse ist äusserst verschieden. Bald findet man profuse, erschöpfende Blutungen, die zum letalen Ausgang führen können. Häufig sind sie zwar anhaltend, aber im allgemeinen an Menge nicht sehr bedeutend. Auch erfolgen bei andern bloss 2—3 mal während der Schwangerschaft in unbestimmten oder auch wohl dem Menstruationstermin entsprechenden Zeiträumen Haemorrhagien, welche mehrere Tage anhalten, dann aber vollständig sistieren. Auch in manchen Fällen, in welchen bloss partielle Degenerationen der Placenta vorgefunden wurden, beobachtete man solche Blutungen.

Bloch stellt 18 Fälle zusammen von der Boivin, Woodmann, Hegar und seine eigenen; dazu füge ich noch 6, die teils in die Behandlung der Königl. Univ.-Frauenklinik kamen, teils aus dem Centralblatt für Gynaekologie ausgezogen sind. In diesen ist der Zeitpunkt der ersten Blutung, der des Abortus und der Dauer der Blutung notiert.

Erster Blutverlust:	Zeit der Geburt	Dauer der Blutung:
$1^1/_2$ Monat	4 Monat	$2^1/_2$ Monat
$1^1/_2$ „	5 „	3 „
2 „	6 „	4 „
$2^1/_2$ „	$4^1/_2$ „	2 „
$2^1/_2$ „	4 „	$1^1/_2$ „

3	Monat	7	Monat	4	Monat
3	„	7	„	4	„
3	„	8	„	5	„
3½	„	8	„	4½	„
4	„	4	„	—	„
4	„	4	„	—	„
5	„	5½	„	15	Tage
5¼	„	6½	„	8	„
6	„	9	„	3	Monat
7	„	8	„	1	„
8	„	10	„	2	„
11	„	11	„	—	„
14	„	14	„	—	„
6	„	6	„	—	„
2	„	4	„	2	„
1½	„	2	„	½	„
3	„	5	„	2	„
5	„	5	„	—	„
2	„	4	„	10	Tage.

Man sieht aus dieser Tabelle, wie verhältnismässig selten der Beginn der Haemorrhagien mit dem der Geburt zusammen trifft. Andrerseits ist auch ersichtlich, wie lange zuweilen eine Mole getragen werden kann, ohne Blutungen zu erregen.

Ausser diesen Haemorrhagien beobachtete Hegar auch leukorrhoische Ausflüsse, die in einem Fall vom vierten bis zum achten Monat bestanden.

Sehr oft findet man erwähnt, dass die sonst der Schwangerschaft zukommenden Symptome eine bedeutende Steigerung erfahren, insbesondere dass sie in höherem Grade auftreten als bei früheren Schwangerschaften: Uebelkeit, Erbrechen, Speichelfluss, neuralgische Erscheinungen, Veränderungen der Psyche, Beschwerden von Seiten des Herzens. Wehenartige Schmerzen sind ebenfalls öfters angeführt, auch vor Eintritt der eigentlichen Geburtsthätigkeit.

Die Aufmerksamkeit der Aerzte ist von jeher durch den ungewöhnlichen Modus der Ausdehnung des Uterus bei Blasenmole erregt worden. Dieser Modus weicht hauptsächlich nach 2 Richtungen von der Norm ab. Entweder

geht die Vergrösserung in ungewöhnlich rascher Weise vor sich, so dass z. B. ein Uterus des vierten Monats in einer Höhe steht, die unter normalen Verhältnissen dem sechsten oder sogar achten entspricht; oder er wächst normal gewöhnlich bis zum 3.—4. Monat, um dann im Wachstum aufzuhören. Bisweilen erfolgt dann der Abort erst nach Monaten. Diagnostisch ist dies abnorme Wachstum des Uterus von sehr grossem Werte.

Die Geburt von Blasenmolen kann, wie aus der oben angeführten Tabelle ersichtlich ist, in jedem Monat erfolgen, ja es kann sogar das degenerierte Ei selbst über die normale Zeit hinaus getragen werden. Am häufigsten erfolgt der Abort im dritten bis vierten Monat.

Der Geburtsakt selbst verläuft sehr verschieden. Bei kleinen degenerierten Eiern der ersten Monate ist der Abortus zuweilen sehr leicht. Hat jedoch die Schwangerschaft einmal den dritten Monat passiert, ist der Verlauf weniger günstig. In der grossen Minderheit der Fälle beginnt die Fehlgeburt ohne Prodromalerscheinungen mit wehenartigen Schmerzen und Blutung. Es folgt eine ziemlich regelmässige Geburtsthätigkeit, bei der sich der Muttermund allmählich öffnet und nun mit mehr oder minder starker Haemorrhagie die Mole ausgestossen wird.

In den weitaus meisten Fällen leitet sich die Geburt sehr allmählich ein. Nachstehend lasse ich einige Schilderungen vom Geburtsverlauf folgen.

Fall I. Seit 14 Tagen bestand unaufhörliches Erbrechen, Obstipation, Tympanie des Unterleibes, Schmerzen im Epigastrium. Uterus gross. Fundus drei Querfinger breit über dem Nabel. Muttermund offen, — blutiger, übelriechender Ausfluss, der schon längere Zeit andauert. Unter geeigneter Behandlung bessern sich die Erscheinungen; der Uterus wächst dagegen zu der Grösse eines hochschwangeren. Es treten heftige Blutungen ein, und es werden nach und nach drei Blasenmole von der Grösse eines Kindskopfes geboren. Post partum heftige Blutung, dann aber rasche Genesung.

Fall II. Seit Ende des 2. Schwangerschaftsmonates geringer Blutabgang, bis Ende des 4. sich mit Unterbrechungen wiederholend. Anschwellen der Beine, welches im 4. Monat abnahm. Schon vom 3. Monat an rapides

Stärkerwerden des Abdomen durch einen Tumor, welcher bald Nabelhöhe überschritt. Bei der inneren Untersuchung stiess der den Cervikalkanal passierende Finger auf eine weiche, placentaähnliche Masse. Ergotin. Bald darauf Wehen und unter heftiger Blutung Ausstossung einer Blasenmole.

Fall III. Seit der Konception Graviditätsbeschwerden. Nach sechs Wochen wehenartige Schmerzen, gleichzeitig einige Blutklumpen. Alle 2—3 Tage starker Blutabgang. Im 4. Monat entleeren sich unter ziemlich bedeutender Blutung ca. 400 g blasenförmige, linsen- bis erbsengrosse Massen.

Fall IV. Vom 4. Monat ab treten unregelmässige Blutungen auf. Uterus entsprechend dem 3. Monat der Gravidität vergrössert. Von da ab entwickelt er sich nicht mehr. Ende des 5. Monats wird unter Blutung das Ei ausgestossen.

Fall V. Gravida mens. V. Starke Blutung. Hochgradige Anaemie. Kollaps. Kochsalzinfusion. Fundus fast an der Magengrube. Keine Fruchtbewegungen. Tampon. Nach 8 Stunden Ausstossung einer traubenförmigen Masse von ca. 5 Pfund Gewicht, ein $4^1/_2$ Liter - Gefäss füllend. Keine Frucht gefunden, ebensowenig gesunde Placenta.

Fall VI. Im Beginn der Gravidität geringe Beschwerden. Im 3. Monat plötzlich heftige, 10 Tage dauernde Blutung mit bedeutender Anaemie. Im weiteren Verlauf starke Oedeme, Albuminurie, Fundus zwei Querfinger oberhalb des Nabels, also in einer der Gravidität im 4. Monat nicht entsprechenden Höhe. Diagnose auf Nephritis gravid. Entsprechende Therapie vermag den Zustand nicht zu bessern. Starke Beschwerden von Seiten des Herzens. Ascites. Darauf Diagnose auf Mole. Dilatation. Darauf Wehen. Nach 20 Stunden Ausstossung einer anscheinend leicht mazerierten Frucht von 210 g Gewicht. Eine halbe Stunde später ward ohne wesentliche Blutung eine grosse Hydatidenmole ausgestossen.

Wie aus diesen Berichten hervorgeht, scheinen oft im Verlauf der Molenschwangerschaft Blutungen, wehenartige Schmerzen den drohenden Abort anzuzeigen. Allein die Zufälle gehen meistens wieder vorüber und erscheinen

nicht selten mehrmals, bevor die eigentliche Geburtsthätigkeit beginnt. Oder es kommt selbst vor, dass solche Beschwerden wochen- und monatelang bestehen, ehe es zu einer kräftigen, anhaltenden Wehenthätigkeit kommt.

Aber auch, wo diese ohne oder mit solchen Prodromalerscheinungen eintritt, werden mancherlei Abnormitäten entdeckt. Unausgesetzter Kreuzschmerz mit heftigem Drang, ohne dass der Uterus stark kontrahiert ist, stürmische Wehenthätigkeit ohne Pause, abwechselnd mit Wehenschwäche, lange Geburtsdauer sind vielfach erwähnt.

Die Geburtsarbeit hat endlich nicht stets den Effekt vollständiger Entleerung der Uterushöhle. Vielfach wird mitgeteilt, dass einzelne Blasen oder Konglomerate derselben abgehen, worauf die Geburtsthätigkeit sistiere. In der vorhandenen Litteratur sind nur sehr wenige genau beschriebene Fälle verzeichnet, in welchen ein längerer Zeitraum zwischen diesem Abgang von Blasen und der Ausstossung der ganzen Masse bei einfacher Molenschwangerschaft stattgefunden hatte. Auch die Boivin bestätigt dieses. Dagegen ist häufig Abgang von viel seröser, wenn auch blutig verfärbter Flüssigkeit unter Wehenschmerz oft längere Zeit vor dem eigentlichen Abortus erwähnt.

Ferner existieren Beobachtungen, wo längere Zeit nach Abgang eines Foetus allein blasig entartete Nachgeburtsteile folgten. Endlich wurde auch zuerst eine Mole geboren und längere Zeit darauf erst eine Frucht. Diese letztere Beobachtung ist wohl auf Zwillingsschwangerschaft zu beziehen.

Das Wochenbett verläuft meistens normal. In einigen Fällen hat man langdauernden, blutigen Lochienfluss, lange Nachwehen, langsame Verkleinerung des Uterus beobachtet. Waren die Frauen sehr anämisch, so folgten auch nicht selten Thrombosen, Peritonitis u. dergl. War der Ausgang der Molenschwangerschaft letal, so war er meistens durch die enormen Blutverluste bedingt. Es wird mit Ausnahme von Placenta praevia wohl kaum eine Anomalie des Eies geben, welche so excessive Haemorrhagie bedingt, wie die Blasenmole. Der Tod kann infolge dieser Blutungen schon, bevor eine eigentliche Geburtsthätigkeit

beginnt, eintreten, oder er erfolgt während derselben. Natürlich kann auch hier, wie nach normalen Schwangerschaften durch Puerperalerkrankungen der Exitus bedingt sein.

Die übrigen Erscheinungen, die während der Gravidität hervortreten, wie Albuminurie, Hydrops u. s. w., lassen sich gewöhnlich nach Ausstossung der Mole beseitigen.

Was die Diagnose anlangt, so wird sie vor der teilweisen Ausstossung der Mole, oder wenigstens, bevor das entartete Ei dem Gefühl zugänglich ist, nur in seltenen Fällen mit Sicherheit gestellt werden können, weil die Symptome nicht ganz konstant sind und keine bestimmte Deutung zulassen. In den ersten Monaten der Schwangerschaft wird man, wenn der Uterus nicht wächst, nur eine Degeneration des Eies diagnosticieren können. Wächst aber der Uterus auffallend schnell, so dass er entschieden grösser ist, als man der Zeit der Schwangerschaft nach erwarten sollte; fehlen die Kindsbewegungen, die Herztöne, das Ballottement in einer Zeit, wo sie sonst vorhanden sind: so ist an eine Blasenmole zu denken. Täuschungen sind freilich leicht möglich und werden wohl nicht selten durch ödematöse Beschaffenheit der Bauchdecken, Hydramnion u. s. w. leicht herbeigeführt werden können. Neben dem starken Wachstum, der Blutung und der Anaemie gesellen sich nicht selten auch andere Störungen hinzu, die oft sogar einen bedrohlichen Charakter annehmen können; so wurde insbesondere mehrfach Nephritis beobachtet. Differentialdiagnostisch käme dann noch die Placenta praevia in Betracht. Ist jedoch der Cervix soweit geöffnet, um den Inhalt des Cavum uteri mit dem Finger erreichen zu können, so dass man imstande ist, einige Partikelchen herauszunehmen, wird sich immer eine Verwechslung vermeiden lassen.

Die Prognose richtet sich einmal nach der Stärke der Blutung, die während der Schwangerschaft oder der Ausstossung auftritt und die sehr profus werden kann. Dann aber wird sie an und für sich weit ungünstiger durch ein neuerdings beobachtetes Verhalten der Molen, bei welchem sie einen entschieden destruierenden Charakter annehmen.

Volkmann beschrieb zuerst, dass in einem Fall die

eigentliche Masse der degenerierten Zotten interstitiell in die hypertrophische Wand des Uterus sich hinein versenkte. Die Zotten waren innerhalb der sinuösen mütterlichen Bluträume fortgewuchert und hatten durch Druck das Gewebe des Uterus zum Schwund gebracht, sodass sie im Fundus bis dicht unter das Peritoneum vorgedrungen waren und auf dem Durchschnitt der Inhalt des Uterus durch ein Diaphragma in zwei Abschnitte geteilt erschien. Nur der unterhalb liegende Teil war eigentliche Uterushöhle, während der grössere, obere Teil von der wuchernden Geschwulst, die das Parenchym des Uterus zu einer grossen Höhle ausgedehnt hatte, angefüllt wurde. Die Geschwulst hing durch eine etwa markgrosse Oeffnung im Diaphragma auch in das Cavum uteri hinein.

Einen ganz ähnlichen Fall teilen Jarotzky und Waldeyer mit; nur war hier die Entartung vor Bildung einer Placenta eingetreten und also die ganze Peripherie des Eies mit Zotten besetzt. Eine solche Fortwucherung der Zotten in die im Uterusparenchym liegenden Venen hinein mit konsekutiver Atrophie desselben muss die Ausstossung der Mole natürlich sehr erschweren und in weit vorgeschrittenen Fällen unmöglich machen.

In einem Fall von Pestalozza erfolgte nach Blasenmole der Tod an Lungenembolien, deren Kern Choriongewebe war; in der Weise der destruierenden Blasenmole waren Zotten in die Uteruswand hineingewuchert und waren der Ausgang der Embolie geworden. In dem Fall von Krieger hatte sich an die Usur der Uterussubstanz eine tötliche Peritonitis angeschlossen, und in einem älteren von Wilton beobachteten war der Tod an Ruptur und Blutung in der Bauchhöhle erfolgt. In Bezug auf Beobachtungen, die als Sarkome der Zotten gedeutet wurden, verweise ich auf die Arbeit meines Kollegen, Herrn Dr. med. König.

Die Therapie ist in Bezug auf die Entstehung dieser Degeneration ohnmächtig. (Prophylaktisch würde man gut thun, Schwangerschaft bei schwachem Körper und bestehender Erkrankung des Sexualapparates, insbesondere wenn früher schon Aborte mit und ohne Blasenmole vorhanden waren, abzuraten.) Die Behandlung der Schwangerschaft muss bei der Unsicherheit der Diagnose in den

ersten Monaten zunächst eine exspektative sein; man sucht die gesteigerten Schwangerschaftserscheinungen zu mässigen und symptomatisch gegen die Blutungen einzuschreiten. Jedoch wird sich von der zweiten Hälfte der Gravidität an ein totes Schwangerschaftsprodukt mit Sicherheit diagnostizieren lassen, und in solchen Fällen ist, wenn dauernde Blutungen vorhanden sind, die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert. Hat die Ausstossung der Mole begonnen, so handelt man wohl, auch wenn keine stärkere Blutung vorhanden ist, am besten, wenn man die Scheide aseptisch und fest tamponiert und innerlich Sekale giebt. Da sehr viel darauf ankommt, dass das Degenerationsprodukt möglichst vollständig entfernt wird, wird man gut thun, falls die Ausstossung sich verzögert, manuell die Gebilde zu entfernen und auch nach spontaner Ausstossung sich durch die digitale Untersuchung zu überzeugen, dass auch kein Stück der verhängnisvollen Neubildung mehr vorhanden ist.

So wären wir zum Schluss der Arbeit gekommen und damit zu dem Ergebnis, dass es noch gründlicher Forschung bedürfen wird, um mehr Licht in dies dunkle Gebiet zu bringen. Das wird um so schwieriger und langwieriger sein, da bei dem prozentualiter seltenen Vorkommen der Molenschwangerschaften das Studium an den einzelnen Fällen nur in längeren Abständen getrieben werden kann, und meines Erachtens würde sich nur ein grosses klinisches Institut mit umfassendem Krankenmaterial zu diesen Untersuchungen eignen.

Es ist mir dann noch eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Olshausen für die gütige Ueberlassung des Materials und den Assistenten der Königl. Universitäts-Frauenklinik, Herrn Privatdozent Dr. Gebhardt und Herrn Dr. Gessner, für ihre liebenswürdige Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Boivin: Nouv. récherche sur l'origine de la mole vésiculaire.
Krieger: Zur Hyperplasie der Placenta.
Meckel u. Gierse: Ueber die Krankheiten des Eies und der Placenta.
Martin: Ueber das Vorkommen von Blasen in einzelnen Placentarzotten.
Hegar: Die Pathologie und Therapie der Placentarretention.
H. Müller: Ueber den Bau der Molen.
Bloch: Die Blasenmole.
Virchow: Krankhafte Geschwülste.

Thesen.

I.

Bei sicher gestellter Diagnose auf Molen-Schwangerschaft ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indiziert.

II.

Bei gut geleitetem Kirchhofsbetrieb ist die Einführung der Leichenverbrennung aus hygienischen Rücksichten nicht erforderlich.

III.

Bei chronischer Nephritis ist die Milch-Diät am zweckmässigsten.

Lebenslauf.

Verfasser, Gustav Heinrich Sybrecht, evangelischer Konfession, Sohn des Ehren-Amtmanns Sybrecht zu Asseln, Provinz Westfalen, wurde daselbst am 23. März 1871 geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Gütersloh, welches er im Herbst 1891 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er studierte dann zunächst in Erlangen, woselbst er im Sommersemester 1893 die ärztliche Vorprüfung bestand, um alsdann in Berlin vom 1. Oktober 1893 bis zum 1. April 1894 beim II. Garde-Regiment zu Fuss seiner Militärpflicht mit der Waffe zu genügen. Hierauf studierte er ein Semester in Kiel und begab sich dann wieder nach Berlin, wo er am 19. Juli 1895 das Examen rigorosum absolvierte.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren:

In Erlangen: Fischer, Fleischmann, v. Gerlach, L. Gerlach, Hermann, Reess, Rosenthal, Wiedemann.

In Kiel: v. Esmarch, Doehle, Heller, Hoppe-Seyler, Quinke, v. Stark, Werth.

In Berlin: v. Bergmann, v. Bardeleben, Ewald, Lewin, Nasse, Olshausen, Rubner, Senator, Schweigger, R. Virchow, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen besten Dank aus.